

Avaliação económica e funcional dos cuidados de saúde: Principais questões e procedimentos

Liliete Ribau

Serviço de Medicina Física e Reabilitação; Hospital Egas Moniz

Jorge Rosario

ISEG, Universidade Técnica de Lisboa

Publicado em “*Medicina Física e de Reabilitação*” nº 2, vol.9, 2001, pp. 13-22.

Liliete Ribau

Fisiatra,

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Hospital Egas Moniz

R. da Junqueira, 126

1300 Lisboa, Portugal

lribau@hegamoniz.min-saude.pt

Jorge Rosario

I.S.E.G.

Universidade Tecnica Lisboa

R. Miguel Lupi, 20

1200 Lisboa, Portugal

joloro@iseg.utl.pt

Palavras chave: avaliação económica, avaliação funcional, reabilitação.

Resumo: Este artigo analisa numa primeira parte os conceitos essenciais que suportam as avaliações económicas da prestação de cuidados de saúde e compara os principais métodos de análise custo-benefício. Na segunda parte as avaliações mais utilizadas em reabilitação são descritas com base na classificação da OMS e na distinção entre medidas clínicas, funcionais e de qualidade de vida. Estas avaliações medem a eficiência da intervenção em reabilitação e as mudanças operadas no estado de saúde do doente permitindo, simultaneamente, determinar as necessidades para apoio individual, de equipamento e ajudas técnicas.

Résumé: Cet article analyse d’abord les concepts essentiels qui soutiennent les évaluations économiques des soins de santé et compare les principales méthodes de analyse coût –bénéfice. Ensuite, les évaluations plus fréquemment utilisées en réhabilitation sont décrites basées sur le classement de l’OMS e sur la distinction entre mesures cliniques, fonctionnelles et de qualité de vie. Ces évaluations mesurent l’efficacité de l’intervention en réhabilitation et les changements opérés dans l’état de santé du malade permettant, simultanément, déterminer les nécessités d’appui individuel, d’équipement et aides techniques.

A preocupação fundamental deste trabalho¹ assenta na compreensão das convergências e das divergências que se estabelecem entre a avaliação económica e a avaliação clínica. A primeira dificuldade foi tornar o discurso acessível para o outro e tornar a terminologia inteligível. Com efeito é possível encarar a realidade da prestação dos cuidados de saúde de modo muito diverso.

Por um lado a perspectiva económica aborda as entidades da saúde de um ponto de vista **abstracto** visando enquadrá-las em categorias como a optimização ou em **relações universais** do tipo estrutura de custos ou sistema de preços.

Por outro lado, a avaliação clínica ou funcional tem como objectivo formalizar uma prática operacional ligada a uma **acção concreta** no domínio da doença e do sofrimento humano. O resultado é uma avaliação que parte do sintoma para chegar à caracterização pormenorizada da doença.

O acesso universal ou quasi-universal das populações aos cuidados de saúde assim como a evolução do peso das despesas de saúde nas sociedades ocidentais resultou numa pressão acrescida, a partir dos anos 70, para a redução dos custos nos sistemas de saúde [1].

O aspecto que mais nos interessa explorar neste domínio é definir em que medida esta pressão da esfera económica sobre o domínio da saúde afectou as lógicas e os processos de avaliação. Por outras palavras, se as **propriedades formais** associadas a cada domínio serão capazes de assimilar **conteúdos**, para as quais à partida não foram previstas.

I. Avaliação económica: terminologia e métodos de análise.

A informação sobre os custos e os benefícios na saúde é incerta e incompleta mas uma abordagem estruturada fornece um enquadramento útil para organizar informação diferenciada e para ajudar os decisores na **definição de políticas** concretas [3]. Uma das maiores fraquezas das práticas actuais deriva do facto de muitas decisões clínicas estarem baseadas em variáveis sobre as quais existem poucos dados objectivos. Isto compromete a validade da qualquer tentativa de calcular com precisão as transformações económicas dos serviços de saúde. Todavia, a avaliação económica é um processo que obriga os agentes a definir as opções de modo explícito.

O princípio da **optimização** é um tema comum que conduz grande parte do esforço da avaliação económica, seja através da maximização do produto de saúde para um dado orçamento, seja pela minimização dos custos para um dado resultado. Este princípio condutor da grande parte do trabalho desta área baseia-se na ideia que as mudanças estruturais adequadas podem conduzir a melhorias dos serviços de saúde a menores custos. Este conceito é válido mesmo quando os diferentes sistemas de saúde têm estruturas básicas diferentes e têm métodos diferentes de calcular custos.

É de notar que, apesar do princípio poder conduzir a reforma dos cuidados de saúde em diferentes sistemas sociais, a solução apropriada será sempre idiossincrática a cada sociedade e será determinada pela actual estrutura de cada sistema e pelas variáveis consideradas quando são calculados os custos. Estas avaliações podem significar um instrumento útil para a tomada de decisão na afectação de recursos de cuidados de saúde quando combinadas com o utilização do saber clínico, com a comunicação dos pacientes e com o reconhecimento da heterogeneidade das instituições e dos doenças.

As reformas dos cuidados de saúde focaram muita da sua atenção sobre a economia da prática médica. De facto, a prática médica é apenas um parte dos custos envolvidos na maior parte das sociedades modernas. A complexidade da economia é raramente realizada, visto que se estende para além da medicina, da enfermagem e do hospital para incluir a reabilitação, a perda de produtividade, as compensações dos trabalhadores, a actividade dos seguros e várias indústrias que

dependem dos pacientes para seu rendimento. Quando, se pretende analisar os custos dos cuidados de saúde, o primeiro passo consiste em definir o **contexto** no qual o estudo será efectuado e os elementos que farão parte da análise. Existem várias abordagens e terminologias padrão que foram aplicadas em diferentes contextos e são reconhecidas pelos especialistas deste domínio. O quadro 1 tenta resumir os elementos chave dos principais tipos de análise de custo². Infelizmente, a **terminologia** usada na avaliação económica não é inteiramente consistente entre investigadores. Embora alguns conceitos continuem sem padronização, este estudo tenta explicar as variáveis mais frequentemente usadas.

1. Os **custos** são os valores dos recursos associados a um determinado produto. As despesas não são necessariamente um custo. O custo-eficácia é o custo líquido por produto de saúde. Os decisores podem utilizar diferentes orçamentos para focar custos segundo perspectivas particulares [4], mas existem um certo número de princípios para estimar os custos que os economistas da saúde concordam.

A. Os **custos directos** (i.e. aqueles para os quais os pagamentos são feitos) são os recursos gastos e pagos na execução do diagnóstico, prevenção e tratamento. Podem ser identificados através da actividade dos hospitais e das clínicas, dos serviços médicos e de outros profissionais, medicamentos e exames auxiliares. Os **custos indirectos** são recursos perdidos devido à doença ou à intervenção para prevenir ou tratar a doença. Estes incluem os custos de morbilidade e de mortalidade [5, 6].

1. Os **custos de morbilidade** são identificados como o valor ou a perda de produtividade. São estimados como o resultado dos ganhos que um individual teria obtido se não fosse afectado pela enfermidade ou o número de dias perdidos pela população activa.

2. Os **custos de mortalidade** são o resultado do número de mortes gerados pela doença e o valor esperado dos ganhos futuros do indivíduo de acordo com a sua idade.

B. Os **custos variáveis** variam com o volume de produção ao contrário dos **custos fixos** que não dependem da quantidade. Os **custos padrão** podem-se tornar obsoletos se a prática clínica é alterada frequentemente.

C. Os **custos intangíveis** estão associados a efeitos cuja valorização é difícil (ex. dor ou infertilidade) [7]

D. O **preço** nem sempre é a abordagem adequada para o **custo de oportunidade** dos recursos. O custo de oportunidade mede o custo numa perspectiva de utilização alternativa dos recursos. A estratégia é eficaz em termos de custos somente quando comparada com uma estratégia alternativa [8].

2. O valor também depende da **perspectiva temporal**; alguns recursos podem ter um pequeno custo de oportunidade no curto prazo e um custo elevado no longo prazo. Porque os custos e os benefícios podem-se estender a prazos dilatados, comparações ingénuas de custos por doente podem levar a conclusões erradas. A **actualização e o desconto** são conceitos baseados na preferéncia temporal que permite definir os valores no presente e no futuro. Geralmente, a sociedade prefere adiar custos e antecipar benefícios.

A. Os **custos baseados na prevalência** estimam os encargos ocorridos durante um período específico, independente do tempo de doença

B. Os **custos baseados na incidência** estimam os custos na vida associados à doença e à morbilidade.

3. A análise dos custos está dependente da **qualidade dos dados** disponíveis. Por um lado temos os dados disponíveis através dos sistemas de contabilidade ou outros, e por outro, temos dados precisos realmente úteis para a análise de custos nas unidades de saúde. [9, 10]

A. Um primeiro problema é que os sistemas de **contabilidade** dos hospitais eram concebidos originalmente como instrumentos orçamentais para gerir os recursos disponíveis. Assim, os custos estavam afectados a serviços administrativos em vez de a unidades prestadoras de cuidados a doentes como enfermarias ou consultas. O seu objectivo não era de criar um sistema de custos rigorosos concebidos para a decisão ou a informação. Actualmente, os custos já são frequentemente concebidos na **ajuda à tomada de decisão**. Inclusive, os novos instrumentos informáticos – OLAP, EIS³ – permitem um acesso e um tratamento dos dados mais fácil e rápido aos agentes de saúde assim como uma gestão mais integrada dos recursos.

B. Como a **distribuição** dos custos para os grupos no hospital é muito alargada e distorcida, o pessoal e os fornecimentos destinados a cada paciente é geralmente estimado. Os custos fixos necessários para o calculo exacto dos custos e são difíceis de definir directamente ao nível dos serviços.

C. A divisão de **custos conjuntos** em categorias exclusivas são arbitrárias e sujeitas a manipulações (i.e. um médico que num hospital universitário fornece cuidados de saúde e ensino médico).

4. Os estudos de custos podem ser efectuados a diferentes **níveis de análise** e com diferentes perspectivas analíticas. Os sistemas de apoio à decisão e sua subsequente análise de custo têm que agregar actividades associadas a tratamentos e custos associados para cada nível de análise (i.e. doentes e grupos de doentes, procedimentos para doenças, componentes de cuidados de saúde, etc.) [9,10].

II. Consequências e transformações do sistema actual.

1. Os cuidados de saúde não são um processo monolítico mas uma miríade de tipos de serviços, de agentes, de bases de pagamentos e de esquemas de reembolso. A maior parte dos componentes existe simultaneamente em diferentes regiões e países e apenas variam na sua importância relativa.

A. A **importância** dos custos e dos benefícios depende do grau pelo qual o sistema de saúde assume os prejuízos e os cuidados numa dada região ou país. O calculo dos custos depende do tipo de sistema de seguros da sociedade, da especificações das obrigações dos contratos individuais, e dos recursos e consequências que são externalizados e indemnizados [4, 11].

a. A decisão de aquisição, pagamento e recebimento dos serviços são separados. As companhias de seguro privadas, as organizações de prestação de cuidados de saúde (HMO) e autoridades publicas recolhem os prémios ou os impostos e tornam-se uma terça parte pagadora de serviços fornecidos pelo clínicos aos seus subscritores ou cidadãos. Nos Estados Unidos, os empregadores desempenham um papel importante na cobertura de cuidados de saúde aos seus empregados. Existem **conflitos de interesse** entre os elementos do sistema.: o paciente está interessado em encontrar os cuidados de saúde da melhor

qualidade mas relativamente pouco implicado nos custos. A terça parte pagadora está interessada em despende menos do que recebe em prémios (ou impostos) enquanto os prestadores de cuidados são frequentemente recompensados por fazerem mais. Entretanto, os sistemas de informação integrados de saúde desfazem a divisória entre os prestadores de cuidados de saúde e a terça parte que paga esses serviços

b. Como os pacientes são em grande parte insensíveis aos custos, o abuso na utilização dos serviços de saúde, os comportamentos oportunistas e com custos acrescidos são favorecidos. O copagamento (ou a taxa moderadora na Europa) ajuda a reduzir este “**risco moral**” [12] e a equilibrar objectivos concorrentes: equidade e eficiência. Quando o pagamento é muito fraco, ele não desincentiva o comportamento oportunista. Quando o pagamento é demasiado elevado, ignora o objectivo de equidade e a cobertura de saúde torna-se menos acessível para certas pessoas. O copagamento pode levar à “**selecção adversa**”; somente os clientes mais doentes irão pagar os prémios elevados e adoptar o sistema. A combinação do risco moral e da selecção adversa pode levar ao círculo vicioso de prejuízos.

c. O **contrato social** implícito subjacente a estes planos consiste em que os membros mais saudáveis subsidiavam parcialmente os mais doentes em troca de receberem o tratamento similar se ficassem doentes. Na reforma da segurança, a terça parte pagadora privada ou publica pode aumentar os prémios e os copagamentos mas também aumentar o risco de selecção adversa. Para evitar esta situação, as seguradoras farão incidir prémios mais elevados sobre as pessoas mais doentes ampliando assim o leque segurador, reflectindo nos prémios, diferentes categorias de risco. O resultado poderia levar a uma situação em que os prémios poderão tornar-se muito elevados para as pessoas mais doentes e produzir uma diminuição da cobertura dos cuidados de saúde na população.

B. Os **mecanismos de pagamento** e os incentivos financeiros tem o potencial necessário para transformar o modo da prestação e o custo da prestação dos cuidados de saúde. Afim de estimar o impacto destes mecanismos, é necessário ter uma visão geral sobre as principais modalidades de pagamento. Quarenta anos atrás, o beneficiário dos cuidados de saúde era o pagador e, tanto o médico como o paciente controlavam as despesas de saúde na base de honorários por serviço prestado. Desde a existência de numerosas terça-partes pagadoras, os mecanismos que determinam os pagamentos tornaram-se mais numerosos, complexos e conheceram várias mudanças.

a. Na América do Norte a maior parte dos médicos são pagos na base de **honorários** enquanto que o **salário** é o modo normal de compensar o médico nos serviços nacionais de saúde europeus. Neste caso, os incentivos são neutros em termos de quantidade. A prática de reembolsar os prestadores na base dos seus “encargos habituais, ordinários e razoáveis” ou da média histórica dos custos cria incentivos por parte dos clientes e dos prestadores para aumentarem os custos [13, 14]. Os pacientes têm poucos incentivos para evitar intervenções médicas custosas e intensivas enquanto os fornecedores tem incentivos para maximizarem a extensão do tratamento e a sofisticação do equipamento. Quando os prestadores têm interesses financeiros nestas conveniências, o incentivo é ainda maior [15]. A tendência para a oferta criar a procura, quando os prestadores contribuem para criar a procura para serviços que eles próprios fornecem, é designado por “procura induzida pela oferta”. A prática da medicina defensiva leva também a encomendar mais exames e testes que necessários.

b. A terça parte pagadora contrapôs inicialmente a esta situação introduzindo um honorário fixo que se baseava no diagnóstico principal associado à admissão do doente no hospital⁴. O pagamento de **Grupos de Diagnóstico Homogêneo** – GDH (ou DRG)⁵ - incentiva os pagamentos na direcção contrária, pressionando os prestadores a tratar menos e a libertar os doentes mais cedo, visto que o pagamento é independente da duração da estadia enquanto que os custos não o são. Os pacientes que não têm acesso aos cuidados primários devido às práticas de sub-tratamento recorrem frequentemente como substituição aos caros serviços de urgência [14,15]. Os prestadores contrapõem a este esforço de contenção de custos com aumentos de recursos e serviços para ambulatório porque não fazem parte do sistema GDH. O sistema GDH incitava os prestadores a transferir os pacientes dos locais de cuidados intensivos para os locais recentes desenvolvidos de menor custo, serviços de retaguarda como enfermagem e reabilitação [16].

i. Os pacientes dos programas de reabilitação não eram tratados na base do sistema GDH porque o diagnóstico médico não era um indicador adequado dos requisitos dos tratamentos de reabilitação e não reconhecem as incapacidades [17, 18].

ii. Outros estudos [19, 20, 21] sugerem que os pagamentos da medicina de reabilitação deveriam utilizar medidas de estatuto funcional para avaliar as necessidades de reabilitação.

c. Os acordos de **capitação** aumentaram rapidamente nos Estados Unidos desde os anos 1980 com o aparecimento das HMO⁶ e da empresas de gestão de cuidados⁷. Com a capitação, os fornecedores estabelecem contratos com as terceiras partes que lhes atribuem o fornecimento de pacotes de cuidados de saúde com honorários pré-pagos para uma população definida, independentemente do que o fornecimento vai custar realmente. O risco que a população coberta, esteja mais doente que o esperado, é transmitido das companhias de seguros e dos HMOs para os prestadores de cuidados de saúde [14]. Como outros esquemas de reembolso a preço fixo, este dá fortes incentivos para sub-tratar ou libertar os doentes prematuramente. Todavia, os pagamentos por capitação tem a vantagem de encorajar todos os tipos e níveis de cuidados, nomeadamente a prevenção. Finalmente, a maior concentração de poder de compra nos pagadores significa que os estes ditam frequentemente os preços e os custos têm que ser mantidos a um nível inferior.

2. As **distorções** na análise dos custos podem ser introduzidas de várias maneiras se o analista não formular explicitamente a perspectiva particular do interesse do decisor: sociedade, comprador, segurador, paciente, patrocinador, investigador ... [8, 22].

A. As distorções **contextuais** podem estar associadas a factores como;

a. Instruções administrativas para recomendações terapêuticas (i.e. FDA) que são exigidas ou padronizadas mas não fazem parte necessariamente da avaliação económica.

b. A discrepância entre os testes controlados e a prática clínica normal.

c. A sociedade não considera somente os custos médicos mas também os custos de compensação e as perdas de produtividade [6].

d. As editoras não publicam estudos negativos e os resultados positivo em termos económicos têm mais probabilidades de serem publicados e trazem melhores oportunidades de financiamentos adicionais.

e. Os custos de organização de amplos ensaios clínicos e económicos orientados para a análise dos custos necessários para orientar a política de saúde podem ser substanciais. As controvérsias associadas aos benefícios justificam os custos destes estudos.

B. Análise do custo-eficácia utiliza modelos que implicam **decisões discricionárias** sobre valores de variáveis das quais há pouca informação [23, 24]. Os dados recolhidos baseiam-se em ensaios aleatórios e as estimações são baseadas em amostras de dimensão limitada, que poderão não ser muito representativas da população alvo.

3. Os custos médicos podem ser avaliados por **parâmetros de saúde** não monetários como anos-vida ajustados pela qualidade (QALY⁸), anos-vida ajustados pela incapacidade (DALY) em oposição aos ganhos ou perdas monetárias. A utilidade da vida é o valor atribuído ao número de anos de vida com a doença e a qualidade de vida em cada ano. Os benefícios em unidades físicas tais como anos de vida ganhos foram melhorados pelo cálculo do custo por QALY acrescido [7, 23, 25]. Uma medida compreensiva e padronizada do estatuto da saúde tem muitas vantagens para o decisor dos cuidados de saúde. Todavia existem muitos problemas e limitações dos métodos existentes e medidas subjacentes que foram concebidas para exprimir o produto da saúde e para comparar intervenções e programas:

A. A **valorização da vida** é um aspecto importante da análise de custos. O problema da eficiência exige uma definição cuidada do resultado ou do produto dos cuidados de saúde. Para determinar, o custo efectivo do tratamento, é necessário decidir o preço por ano-vida ganho que a sociedade está disposta a pagar. Os economistas em geral adoptam duas abordagens [5]:

a. Na abordagem do **capital humano** um indivíduo é encarado como produzindo um fluxo de produto que é valorizado em termos de mercado e o valor da vida é descontado no fluxo dos ganhos. Porque a vida é valorizada nestes termos, a técnica atribui valores muito reduzidos a crianças e reformados. A dor e outros intangíveis como o sofrimento são omitidos desta abordagem.

b. A abordagem **disposição a pagar** (WTP⁹) valoriza a vida segundo o que os indivíduos estão dispostos a pagar para uma mudança que reduza a probabilidade de doença ou da morte. A riqueza dos indivíduos envolvidos influencia a valorização da vida mas inclui, ao contrário da abordagem pelo capital humano, o fardo da dor e do sofrimento

B. Kaplan e Bush [26] afirmam que o termo “qualidade de vida” não deve ser “medicalizado”. “Em vez de operacionalizar o estatuto da saúde ao desenvolver uma miscelânea de listas de atributos (...), o enquadramento da maximização da utilidade determina as dimensões a serem incluídas, as dimensões a serem excluídas e o modelo para relacionar as dimensões”. Como índice de estatuto de saúde, o QALY tem sido muito usado, esta medida é essencialmente um esquema ponderador e a base da ponderação é subjectiva. O cálculo do QALY incorpora as preferências do paciente para obter estas ponderações (níveis de qualidade) para os diferentes estados de saúde [27]. O peso da preferência individual para um resultado particular é a **utilidade** [28]. O método convencional para medir as utilidades é o jogo padrão de Neumann-Morgenstern no qual o paciente escolhe entre certos estados de saúde relevantes e um jogo alternativo em que os resultados possíveis sejam melhores ou piores. Um método alternativo, uma técnica de escolha inter-temporal é também um método de escolha forçada no qual o paciente tem que equacionar o valor da vida entre dois estados de saúde com diferentes tempos de vida. A selecção e a aplicação destas técnicas foi discutida [29, 30, 31, 32] e têm importantes implicações para a valorização do mesmo estatuto de saúde.

Quadro: Principais Avaliações económicas dos cuidados de saúde

MÉTODOS de ANÁLISE

	Minimização do custo	Custo-beneficio (CBA)	Custo-utilidade (CUA)	Custo-eficácia (CEA)
Definições	Identifica o custo incorrido	Mede o custo e o resultado na mesma unidade monetária	Compara as opções de produto em termos das preferencias individuais ou sociais	Compara as opções em termos do seu custo por unidade de produto de saúde
Pressupostos			A análise de sensibilidade mostra como estes pressupostos afectam os resultados. Os produtos de saúde são valores esperados.	
	Recursos escassos e limitados de cuidados e saúde implicam opções de afectação. As escolhas maximizam benefícios dos cuidados de saúde entre a população mais do que a distribuição equitativa desses benefícios.			
Resultados	Intervenção ou programa menos dispendioso	Ganhos líquidos = benefício menos custo; racio custo / benefício	O produto mede uma “equivalência” (i.e. utilidade) aplicável a qualquer área medica (QALY ou DALY).	Estabelece um patamar de custos aceitáveis por unidade de eficácia
Eficácia	Raramente adequada a situações clinicas	Compara diferentes estratégias com diferentes resultados. Optimização dos benefícios líquidos; i.e. maximização dos efeitos para um determinado orçamento ou minimização do custo por opção de produção de saúde.		
Características	Exclui qualquer descrição dos resultados	Custo e produto são valorizados em unidades monetárias	Quantifica os benefícios em unidades naturais de produto tais como sobrevivência ou funções alteradas.	
		Os custos médicos são avaliados face a parâmetros de saúde. Estes dependem da valorização da vida baseada no capital humano ou na disponibilidade-a-pagar.		
Problemas	Ignora o custo de oportunidade dos recursos utilizados. Difícil de exprimir o montante preciso dos benefícios em termos monetários.		Os ajustamentos dos efeitos qualidade i.e. QALY são arbitrários.	As escolhas clinicas podem implicar resultados diferentes (e.g. mudanças no estatuto funcional, esperança de vida e qualidade de vida).
			Falta de fundamentação formal em princípios económicos.	

C. Indicadores únicos podem falhar o impacto global e os efeitos colaterais do tratamento porque não tornam explícito cada componente. Os instrumentos específicos para cada doença não são compreensíveis e não permitem comparações entre programas porque utilizam diferentes medidas para os resultados [33]. Com o desenvolvimento dos **índices de saúde** multi-atributos um esforço foi feito para aumentar o nível de detalhe disponível e para medir o produto da saúde. A selecção e a definição de níveis para os índices de saúde colocam outro tipo de problemas [29]. A intenção da medição tem que ser definida em função da avaliação do resultado do programa específico de incapacidade. A pertinência dos atributos e dos níveis implica um enquadramento conceptual, que forneça a classificação, o escalonamento e a justificação do sistema. A **eficácia relativa** do sistema repousa na troca¹⁰ entre a especificidade dos atributos e a universalidade da medida. As decisões metodológicas sobre as características da medida concebida para alargar ou aprofundar a cobertura não são simplesmente técnicas, mas envolvem também aspectos valorativos [34]. A classificação do sistema, a selecção dos atributos, o processo de escalonamento e a definição dos pontos ancora vão determinar os objectivos e as limitações das medidas escolhidas. Mais, certo tipo de conhecimento só pode ser obtido à custa do abandono de outro tipo de informação. Quanto mais precisão se obtém de um lado da balança, menos se obtém do outro lado desta.

III. Avaliações funcionais em Reabilitação

“Os resultados referem-se aos efeitos dos tratamentos, programas ou políticas nos indivíduos ou populações” [35]. Os instrumentos de medida dos resultados são desenhados para expressarem de forma quantitativa a eficácia de uma intervenção e as alterações globais no estado de saúde de um indivíduo. Deve-se ressaltar que por vezes as intervenções afectam simultaneamente os factores de risco globais e que a medição da sobrevivência é mais fácil de entender do que uma multidão de efeitos directos e indirectos que podem ocorrer ao longo de uma vida.

A distinção é normalmente feita entre medidas clínicas e funcionais. As abordagens clínicas são unidimensionais e as avaliações funcionais são multidimensionais e podem ou não incluir indicadores clínicos.

As avaliações funcionais têm sido usadas para fornecer informações sobre:

- classificações de doentes;
- avaliações na investigação;
- prognosticar resultados;
- planeamento de serviços;
- avaliação das melhorias;
- competição no mercado entre os prestadores de cuidados;
- avaliação da utilização de recursos.

As avaliações funcionais dos resultados obtidos devem também ser interpretadas como valores para a sociedade [36].

1. O conceito de **resultado em reabilitação** é definido como “as alterações produzidas pelo serviços de reabilitação na vida e no meio ambiente dos indivíduos por eles assistidos” [37]. Estão ligadas aos objectivos que se pretendem atingir, são feitas a intervalos regulares no tempo e o objectivo são os doentes e aquilo em que os tratamentos e serviços prestados mudaram as suas vidas. Esta perspectiva da reabilitação realça os aspectos objectivos e subjectivos dos efeitos medidos. A selecção das medidas pertinentes começa com a determinação do que medir e com que finalidade. A eficácia tem que ser medida não só em termos de resultados associadas à independência física mas também na avaliação da cognição, da integração social e da satisfação com a qualidade de vida. Os resultados da

reabilitação devem abranger a deficiência, a incapacidade e a desvantagem. Estes são cruciais para determinar e justificar as **mudanças das necessidades** individuais de suporte, de ajudas técnicas e adaptações para as AVD [38].

2. Existem vários **modelos** para conceptualizar os resultados. A maior parte dos modelos resultam dos conceitos introduzidos pelo trabalhos de Nagi [39] e Wood [40]. Embora apresentem diferenças nos pormenores, todos têm em comum a ligação das alterações estruturais e funcionais com as actividades individuais e sociais. Vamos utilizar o modelo da Organização Mundial da Saúde - O.M.S. (W.H.O.) onde os resultados são conceptualizados no enquadramento da deficiência, incapacidade e da desvantagem [35, 41, 46].

A. A **deficiência** é definida como “*qualquer perda ou anomalia da estrutura ou função, psicológica, fisiológica ou anatómica*” [41]. A perda ou anomalia está ligada ao **órgão**, parte do corpo ou sistema (forma ou estrutura). Estas anomalias têm consequências ao nível da função ex. movimento, força, controle postural, coordenação, que esse órgão ou sistema cumprem. A finalidade da intervenção é melhorar a estrutura e/ou aumentar a função. Esta não é a prioridade da reabilitação, apesar do que diminuir a deficiência, através de medidas médicas apropriadas seja uma finalidade adequada para a reabilitação de agudos. Existem vários tipos de instrumentos de medição standartizadas para a deficiência. A avaliação da deficiência deve ser obtida no fim da hospitalização do doente para a reabilitação e implica a avaliação prévia obtida na admissão. Geralmente é baseada no escalonamento do observador. Tipicamente as avaliações da deficiência, dadas as suas relações com um órgão ou sistema específico, requerem um instrumento diferente para cada doença, trauma ou situação congénita [42]; ex.: escala de coma de Glasgow; testes de coordenação; Escala de avaliação da sensibilidade; etc.

B. A **incapacidade** é definida como “qualquer redução ou falta de capacidade para exercer uma actividade de forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano (resultante de uma deficiência)”[41]. A incapacidade reflecte a performance da actividade e representa a restrição ao nível da **pessoa**. As atitudes psicológicas, as emoções, a idade e a condição física afectam a capacidade individual para realizar uma actividade ou ultrapassar uma restrição. As capacidades individuais mediam e modulam a transformação de uma deficiência, a nível do órgão ou sistema, na expressão particular da incapacidade [43]. Para deficiências relativamente estáveis, os objectivos da reabilitação são de maximizar as capacidades individuais apesar do sucesso depender das capacidades pré existentes. Houve uma transformação importante no desenvolvimento conceptual das avaliações da incapacidade desde os anos 1960; as avaliações actualmente incluem itens básicos para avaliar: as actividades da vida diária (A.V.D.), as capacidades funcionais mais complexas, aspectos psicológicos, emocionais, capacidades cognitivas e o apoio social. A popularidade das avaliações da incapacidade deve-se ao facto destas estarem dentro do controle da reabilitação [42]. Geralmente são colhidas durante a hospitalização na reabilitação na admissão, saída e no seguimento. Estão baseadas no escalonamento do observador e inserem-se em duas categorias principais [44]:

a. Uma das categorias inclui **medidas gerais de estatuto funcional** como o Índice de Barthel, perfil PULSES, Nível de Escalas Revistas de Reabilitação (LORS), Katz AVD (ADL), Avaliação do Doente e Sistema de Conferência (PECS-Patient Evaluation and Conference System), Medida de Independência Funcional – MIF (FIM), Medida de Avaliação Funcional – MAF (FAM) etc. Entre estas instrumentos o MIF foi seleccionado por muitos clínicos e tornou-se muito utilizado para avaliar os resultados da reabilitação dos pacientes, se bem que não permita avaliar todos os aspectos do programa de reabilitação [45].

b. A outra categoria inclui medidas específicas de estatuto funcional que focaliza seja o desempenho **motor** em geral, seja grupos específicos de **músculos** ou aspectos específicos da **incapacidade**. Existem instrumentos para avaliar, nomeadamente:

i Traumatismo cerebral: Rapport Disability Rating Scale (DRS), Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCF.S.).

ii Acidente Vascular Cerebral (AVC): Stroke Rehabilitation Assessment of Movement, avaliação das AVD Rivermead, Escala Neurológica Canadiana, etc;

iii Performance motora: Escala Variável de Resultados Clínicos (COVS-Clínical Outcome Variables Scale), Teste de Performance Física, etc.

iv Dor: Índice de Incapacidade à dor , Inventário Multi-dimensional da Dor de West Haven-Yale, etc.

v Comunicação / Fala: Índice de Comunicação Efectiva, perfil de comunicação funcional, etc.

C. A **desvantagem** representa “um impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores sócio-culturais” [41]. A desvantagem desenvolve-se no contexto da **sociedade** e resulta da interacção do indivíduo (com anomalias e restrições) com o ambiente cultural, social e físico. “As circunstâncias ambientais não são somente mediadores, são também moduladores (i.e. amplificadores ou redutores) da desvantagem social, elas podem ser físicas ou de atitude” [47] Por exemplo limitações societárias, barreiras arquitectónicas e características individuais i.e. riqueza, educação etc. não relacionadas com a deficiência ou a incapacidade são factores importantes que mediam a desvantagem [48, 49, 50]. Apesar do desenvolvimento de numerosas medidas de incapacidade, relativamente poucas tentaram medir a desvantagem, porque a percepção da desvantagem é um conceito vago. Os efeitos da desvantagem são estimados por acompanhamento em ambulatório e baseados em auto-relatórios e entrevistas:

a. A avaliação pode ser **unidimensional ou Multi-dimensional** [51]. A maior parte das definições podem ser colocadas numa das seguintes quatro principais dimensões [52]: 1) estatuto físico e aptidões funcionais; 2) estatuto psicológico e bem estar; 3) interacção social; 4) estatuto e factores económicos.

b. Qualidade de vida (QoL-Quality of Life)- O aumento de QoL é um dos mais importantes objectivos da reabilitação. De acordo com Fuhrer [53, 54] a definição de QoL “refere-se ao julgamento global individual e varia num continuo que vai do positivo ao negativo” mas pode diferir de acordo com os pontos de vista teóricos em que se baseia [42].

c. Existem algumas medidas que tentam quantificar a QoL. Algumas são as seguintes:

i SIP (Sickness Impact Profile) Perfil do Impacto da Doença, o Questionário de Kaasa, o Índice de Satisfação da Vida A (LSIA- the Life Satisfaction Index A), Escala de Satisfação da Vida, Escala Pessoal de Bem-Estar, etc.

ii Para actividades produtivas e emprego – escala de avaliação da empregabilidade (Employability Rating Scale)

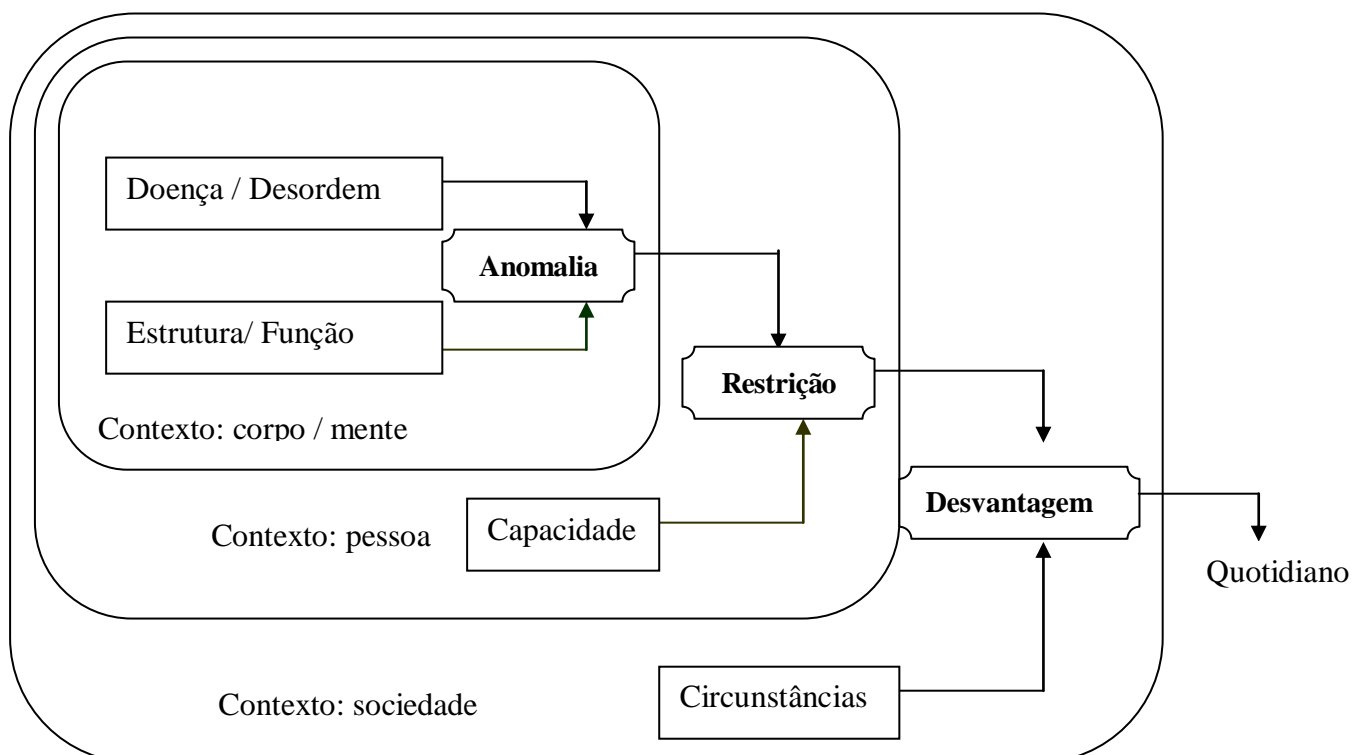
iii Para o ajustamento psico/social – Escala de Avaliação do Neuro-Comportamento (NeuroBehavioral Rating Scale- NBRs) e a Escala Social de Bond.

iv Para o apoio social – Questionário de Suporte Social (Social Support Questionnaire-SSQ6), Escala Multi-dimensional da Percepção do Apoio Social (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support)

v Foram desenvolvidos dois instrumentos que estão em fase de validação [18, 35, 48, 55]. Um para os traumatizados vértebro-medulares Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART) e o outro para os traumatizados crâneo-encefálicos o Community Integration Questionnaire – CIQ - [42, 56].

D. A interacção entre a deficiência e a incapacidade tem que ser completamente compreendida [57]. As melhoras no plano da deficiência contribuirá à redução das dificuldades encontradas no plano da incapacidade e terá impacto no papel social no plano da desvantagem [45, 58]. Portanto, um resultado num plano afecta o resultado noutro plano. A figura Peters [47] descreve a **interrelação dos contextos** e a comodularidade das características individuais e dos factores ambientais.

Figura: Interrelações de contextos e interacções associadas com processo de enfermidade [47]



IV. Reflexões conclusivas

A aplicação de um campo teórico mais ou menos formalizado a um outro para o qual não foi construído, levanta imensas dificuldades e exige muita prudência. Com efeito, corre-se o risco de anexar um campo teórico por outro, de moldar conteúdos, de excluir dimensões distorcendo irremediavelmente o objecto que se pretender analisar.

Dois princípios contraditórios parecem confrontar-se na organização dos dados: A visão sincrética da **prática clínica** que reconhece as doenças baseando-se em pormenores diversos que se agrupam segundo um denominador comum que funciona como índice. A percepção da doença concreta resulta da identificação de feixes de características definidas para formar entidades complexas associadas a pacientes reais. Ao nível da percepção, a visão clínica não pode separar uma “figura” significativa de um “fundo” insignificante, e assim tende a abarcar a totalidade de forma diferenciada. Ao contrário a sensibilidade analítica focaliza a figura positiva e separa-a do fundo tornado invisível ou exógeno.

A visão analítica económica parte de um conhecimento determinado por configurações abstractas, definidas por um princípio unificador que orienta a perspectiva e condiciona os resultados obtidos. O próprio carácter teoleológico dos sistemas artificiais torna difícil a distinção entre questões descritivas e normativas [2]. Assim, a **racionalidade económica** está orientada para a construção de conteúdos homogéneos. O reconhecimento do pormenor e do objecto de estudo está dependente da sua adequação à coerência do modelo abstracto, às regras de base universais e à simplicidade do padrão. No entanto esta separação não é inevitável. No caso concreto das avaliações económica e funcional encontra-se por um lado uma perspectiva abstracta (i.e. utilidade) que visa definir esquemas universais que possam comparar sob um denominador comum categorias diferentes. Por outro lado, a avaliação clínica tende a multiplicar os atributos com o objectivo de melhor descrever e analisar as deficiências do corpo humano e suas consequências funcionais. Somente uma compreensão mais larga e consequentemente a procura de concordâncias, a agregação de disposições permite abarcar perspectivas por vezes contraditórias e, simultaneamente enriquecer e complexificar cada uma das perspectivas.

Notas

¹ Uma versão preliminar deste trabalho foi efectuado no *Centre de Recherche* do *Institut de Réadaptation de Montréal*. Estamos gratos a Robert Dykes e Yves Boulanger pelas facilidades e apoio prestado.

² Excluimos a análise incremental que examina o investimento adicional de recursos necessário para a obtenção de um ganho específico em termos de produto [6, 59].

³ On-Line Analytical Processing e Everyone Information System [60].

⁴ O PPS (Medicare Prospective Payment System) estava baseado na média dos custos históricos dos pacientes dos hospitais e foi introduzido nos Estados Unidos em 1983. O RBRVS (Resource Based Relative Value System) foi introduzido em 1992 e parece ter reduzido os reembolsos dos exames e pagamentos médicos.

⁵ Ou DRG – Diagnosis-Related Group -

⁶ Health Maintenance Organisations

⁷ Managed-care firms.

⁸ Quality-Adjusted Life-Years.

⁹ Willingness-to-Pay.

¹⁰ Trade-off

Referências bibliográficas

- [1] Bryan L.R.: *A Design for the Future of Health Care*, Key P.Books, Toronto, 1996.
- [2] Simon, H.A.: *The Sciences of Artificial*, 2nd ed., MIT Press, Cambridge, 1991.
- [3] Arrow KJ., Cropper ML. Eads GC & al.: Is there a role for benefit-cost analysis in environment, health and safety regulation, *Science*, 1996, 272: 221-2.
- [4] Johanneson M.: The concept of cost in the economic evaluation of health care, *Intl J of Technology Assessment in Health Care*, 1994, 10;4; 675-682.
- [5] Rice DP.: Cost-of- illness studies: fact or fiction? *Lancet*, 1994, 344; 1519-20.
- [6] Schmid GP: Understanding the essentials of economic evaluation, *JAIDS*, 1995; 10:s6-13
- [7] Rittenhouse BE.: Potential inconsistencies between cost-effectiveness and cost-utility analysis, *Intl J of Technology Assessment in Health Care*, 1995, 11:2; 365-376.
- [8] Conrad DA & Deyo RA.: Economic decision analysis in the diagnosis and treatment of low back pain, *SPINE*, 1994, 19:18S, 2101s-2106s.
- [9] Swindle RW. Beattie MC.& Barnett PG.: The quality of cost data, *Med Care*, 1996, 34; 3; s83-90.
- [10] Ehreth J.: The implications for information systems design of how health care cost are determined, *Med Care* 1996 34 (3) s69-s83
- [11] Banja J & Johnston M.V.: Outcomes Evaluation in T.B.I. Rehabilitation part III: Ethical perspectives and social policy, *Arch Phys Med Rehabil*: 1994; 75 sc-19-26.
- [12] Moatti JP, Auquier P. Coroller A-G. et al.: QALYs or not QALYs: that is the question. *Rev Epidem et Sante Publ*. 1995, 43, 573-583.
- [13] Contandriopoulos AP. Champagne F. & Baris E.: La rémunération des professionnels de santé, *Journal d'Economie Médicale*, 1993; 7/8, 403-421.
- [14] Tabbush V. & Swanson G.: Changing paradigms in medical payment, *Arch Intern Med*. 1996, 156; 357-60.
- [15] Teisberg EO, Porter ME & Brown GB: Making competition in health care work, *HBR* 1994, August: 131-41.
- [16] Dittmer DK. Jones IC. Rothstein M et al.: Organization in transition: toward a consideration of utility as well as outcome effectiveness at the rehabilitation unit in Victoria Hospital, *Canadian Journal of Rehabilitation*, 1992, 6:1: 51- 59.
- [17] Batavia AI & DeJong G.: Prospective payment for medical rehabilitation: the DHHS report to congress, *Arch Phys Med Rehabil*: 1988; 69; 377-380.
- [18] Hall KM., Johnston MV.: Outcome Evaluation in T.B.I. Rehabilitation-part II: Measurement tools for a nationwide data system, *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75, sc10-18.
- [19] Wilkerson DL. Batavia A. & DeJong G. Use of functional status measures for payment of medical rehabilitation services, *Arch Phys Med Rehabil*.1992; 73, pp. 111-120
- [20] Stineman MG, Hamilton BB, Goin JE & al.: Functional gain and length of stay for major rehabilitation impairment categories, *Am.J.Phys. Med. Rehabil*. 1996; 75(1), p.68-78
- [21] Stineman MG, Escarce JJ, Goin JE & al.: A case-mix classification system for medical rehabilitation, *Medical Care*, 32 (4), 366-79.
- [22] Hillman AL.: Cost-effectiveness: from whose perspective? *JAIDS*, 1995; 10; s14-18
- [23] Luce BR. Working toward a common currency: is standardization of cost-effectiveness analysis possible? *JAIDS*, 1995, 10; s19-s22.
- [24] Hornberger JC, Brown BW & Halpern J.: Designing a Cost-effective clinical trial, *Statistics in medicine* 1995; 14: 2249 -2259
- [25] Johanneson M.; The relationship between cost-effectiveness analysis and cost-benefit analysis, *Soc Sci Med*. 1995, 41:4; 483-489
- [25] Kaplan RM & Bush JW.: Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis, *Health Psychology*, 1982, 1; 61-80.
- [27] Weinstein MC & Stason WB: Foundation of cost-effectiveness analysis for health and medical practices, *N Engl J Med*, 1977, 296 (13): 716-21.
- [28] Torrance GW & Feeny D.: Utilities and quality-adjusted life years, *Intl J of Technology Assessment in Health Care*, 1989, 5; 559-575.

-
- [29] Boyle MH & Torrance GW.: Developing multiattribute health index, *Med Care* 1984 22 (11):1045-57.
- [30] Loomes G. & McKenzie L. The use of QALYs in health care decision making, *Soc Sci Med.* 1989; 28. 4: 299-308.
- [31] Moatti JP & Huard P. La juste évaluation des dépenses de santé, *Pour la Science*, 1995, 218, 34-41.
- [32] Stalmeier PF. Bezembinder TG & Unic IJ. Proportional heuristics in time trade-off and conjoint measurement, *Med Decis Making*, 1996, 16 (1): 36-44.
- [33] Guyatt G.D., Zanten, Feeny et al.: Measuring quality of life in clinical trials: taxonomy and review, *Can Med Assoc J*, vol. 140, June 1989: 1441-8.
- [34] Mehrez A. & Gafni A. Quality-adjusted life years, utility theory and healthy-years equivalents, *Med Decis Making*, 1989, 2: 142-49.
- [35] Wood-Dauphinee S.L., Arsenault AB, Richards CL: Outcome assessment in rehabilitation. Overview of the 2nd national research conference, *Canadian Journal of Rehabilitation* 1994; 7 (3): pp 171-184
- [36] Keith R.A.: Conceptual basis of outcome measures, *Am. J. Med. Rehabil.*, 1995; 74: pp 73-80.
- [37] Fuhrer M.J., Rintala D.H., Hart K.A. et al.: Relationship of life satisfaction to impairment, disability, and handicap among persons with spinal cord injuries living in the community, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1992; 73; pp 552-55.
- [38] Menter RR., Whiteneck G.G., Gerhart K.A. et al.: Impairment, disability, handicap and medical expenses of persons aging with spinal cord injury, *Paraplegia* 1991; 29: p 613-619.
- [39] Nagi Z: An epidemiology of disability among adults in the United States, *Milbank Mem Fund* 1976; 54: pp 439-467.
- [40] Wood P.H.N., Badley E.M.: *People with Disabilities: Toward Acquiring Information which Reflects more Sensitive their problems and needs*. Washington, DC: World Rehabilitation Fund. Inc., 1980
- [41] W.H.O. *International classification of impairment, disability and handicap: A manual of classification relating to the consequences of disease*, World Health Organization, Geneva, 1980.
- [42] Whiteneck G.G.: Measuring what matters: Key rehabilitation outcomes *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75: pp 1073-1076
- [43] Peters DJ: Disablement observed, addressed, and experienced: integrating subjective experience into disablement models, *Disability and Rehabilitation* 1996; 18(12): pp 593-603
- [44] Institute for Rehabilitation Research and Development: *Program evaluation in physical rehabilitation, Phase I: Program & outcome evaluation project*, Royal Ottawa Health Care Group July, 1996.
- [45] Heinemann A.W., Hamilton B., Linacre J.M. et al.: Functional status and therapeutic intensity during inpatient rehabilitation, *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 1995; 74 (4): pp 315-326
- [46] Frey WD: Functional outcome: Assessment and evaluation, in J.A.DeLisa (Ed.) *Rehabilitation Medicine: Principles and practices*, Philadelphia; Lippincot, p.158-172, 1988
- [47] Peters DJ: Qualitative inquiry, Expanding rehabilitation medicine's research repertoire. A commentary. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 1996; 75 (2): 144-148.
- [48] Whiteneck GG., Charlifue S.W., Gerhart K.A., Overholser J.D., Richardson G.N.; Quantifying Handicap: A new measure of long-term Rehabilitation outcome, *Arch Phys Med Rehabil.* 1992; 73, pp. 519-526
- [49] Fougereyrollas P: Documenting Environmental factors for preventing the handicap creation process; Quebec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences. *Disability and Rehabilitation* 1995; 17 (3-4) pp 145-153
- [50] Wood P.H.N.: *Classification of Impairment and Handicap*, World Health Organization, Geneva: International Conference for the Ninth Revision of the International Classification of Disease, 1975.
- [51] Boake C. & High W.M.: Functional outcome from traumatic brain injury - Unidimensional or multidimensional, *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 1996; 75(2): pp 105-113.

-
- [52] Ahlstrom G., Gunnarsson LG.: Disability and quality of life in individuals with muscular dystrophy. *Scand J. Rehab. Med.* 1996; 28; 147-157
- [53] Fuhrer MJ. (ed.): *Rehabilitation Outcomes: Analysis and measurement*, Baltimore, Brookes, 1987.
- [54] Johnston M.V., Granger C.V.: Outcomes research in medical rehabilitation. A primer and introduction to a series. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 1994; 73 pp 296-303
- [55] Willer B., Rosenthal M., Kreutzer J.S. et al.: Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury; *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1993; 8, pp. 75-87
- [56] Keith R.A.: Functional status and health status; *Arch.Phys.Med.Rehabil.* 1994; 75, pp 478-483.
- [57] Fuhrer M.J.: Conference report: An agenda for medical rehabilitation outcomes research, *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 1995; 75 pp 156-163.
- [58] Badley EM.: The genesis of handicap: definition, models of disablement, and the role of external factors, *Disability and rehabilitation* 1995; 17: pp 53-62
- [59] Cantor SC. Cost-effectiveness analysis, extended dominance and ethics, *Med Decis Making* 1994;14.3, 259-265.
- [60] Velde, R.v.: *Hospital Information System*, Springer-Verlag, Berlin, 1991.